

報告月份: <1>

資格狀況報告

DISTRICT ADDRESS <2>

日期: <4>

個案姓名: <5>

個案號碼: <6>

代號/組別號碼: <7>

工作人員姓名: <8>

工作人員電話號碼: <9>

SAR 週期號碼: <10>

顧客 ID: <11>

需要協助? 致電你的工作人員

(Bar Code) <3>

回郵地址: <12>

收件人: <13>

為了保持你的福利能夠準時收到, 請在 <14> 1 號以後簽署這份表格, 並且在 <15> 5 號交回這份表格.

對於 CalWORKs, 你家庭的人口數目是 <16>. 你的 IRT 是 \$ <17>. 對於 CalFresh, 你家庭的人口數目是 <18>. 你的 IRT 是 \$ <19>.

勾選方格, 如果你要想停止任何以下的福利: 停止我的 CalWORKs 停止我的 CalFresh 停止我的 Medi-Cal

1. 自從你上次報告以來, 是否有任何人員遷入或搬出你家中 (包括新生嬰兒) 或者你遷入某人的家中?

 是 否 (如果是, 請填寫以下的部分)

搬遷日期 (月份/日期/年份)	姓名 (名, 中間名, 姓)	出生日期	與你的關係	經常一起購買 並且準備食物?
<input type="checkbox"/> 遷入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 遷入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 遷入 <input type="checkbox"/> 搬出 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

2 自從你上次報告以來, 你的地址是否有任何更改?

 是 否 (如果是, 請填寫以下的部分)

新地址: _____ 號碼, 街名, 城市, 郵遞區號 搬遷日起: _____

通訊地址 (如果不同於上述地址) _____

3. 自從你上次報告以來, 如果你曾經搬家或者有新的 / 改變的住房費用, 請填寫以下的部分:

現在你的每月租金或抵押貸款? \$ _____	如果分開付款, 現在你每月的物業稅和房屋保險? \$ _____
你是否要支付水電瓦斯費, 不包括在你的租金或抵押貸款之中? 如果是, 勾選付費的項目: <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 垃圾 <input type="checkbox"/> 水費 <input type="checkbox"/> 電費 / 瓦斯 <input type="checkbox"/> 其他暖氣或者冷氣費用	

4. 你家中是否有任何人員:

A. 被裁定為與毒品有關的重罪?

B. 在逃避法律的追究?

C. 違反緩刑或者假釋的條例?

 是 否 (如果是, 請填寫以下的部分)

個人的姓名	從上述 A,B 或 C 選項	被逮捕或定罪發生的地點?	被逮捕和 / 或定罪的日期

5. 醫療費用: 是否有任何人員 年齡在 60 歲或以上, 或者是殘障人士, 領取 CalFresh, 在醫療費用中有所改變?

 是 否 (如果是, 請填寫以下的部分)

哪位人員有所改變?	金額: \$ _____
-----------	--------------

6. 孩童撫養: 自從上次報告以來, 是否有任何在領取 CalFresh 的人員, 他們必須支付的孩童撫養費用有所改變?

 是 否

如果是, 在報告月份中所支付的金額? \$ _____

誰支付的撫養費用? _____ 如果是, 請附上證明.

7. 被撫養人或幼兒的照顧: 自從上次報告以來, 是否有任何在領取 CalFresh 的人員 在工作, 正在尋找工作, 或者正在上學, 他們支付的被撫養人或者幼兒照顧費用有所改變?

 是 否 如果是, 在報告月份中所支付的金額 \$ _____

誰支付的費用? _____ 列出幼兒/孩童們的姓名: _____

INCOME INCOME INCOME
INCOME INCOME INCOME
INCOME INCOME INCOME

8. 是否有任何人員：自從上次報告以來，獲得，購買，出售，交易或者放棄任何財產，土地，住宅，車輛，銀行帳戶，金錢，支付的款項（例如彩票/賭場獎金，以前的社會保險金），或者其他的財產？

是 否（如果是，請填寫以下的部分。如果你需要更多的空間，附上另外的紙張）

是哪位人員？	財產的類型？	何時？	金額：	<input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 出售 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 花費
				<input type="checkbox"/> 作為禮物 <input type="checkbox"/> 交易 <input type="checkbox"/> 贏得獎金 <input type="checkbox"/> 其他

9. 在報告月份中，是否有任何人員從工作中獲得收入？ 是 否（如果是，請填寫以下的部分，並且附上證明。報告月份列出在第一頁的頂端。

列出每一位人員的每一個工作。如果你需要更多的空間，請附上另外的紙張。例如包括，照護小孩，薪金，自僱營業，帶薪病假，小費，等等。

	工作 #1	工作 #2	工作 #3
獲得收入人員的姓名：			
收入來源：	自僱營業，在此勾選 <input type="checkbox"/>	自僱營業，在此勾選 <input type="checkbox"/>	自僱營業，在此勾選 <input type="checkbox"/>
多久支付：	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每月兩次
獲得稅前的收入，在此列出：	\$ \$ \$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$ \$ \$
每月工作的時數：			
這份收入將會繼續？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

在未來六個月中，你的工作或者收入是否會有任何變化？例如：停止，開始，增加或者減少收入，時數的改變，辭去工作或者進行罷工，你多久支付薪金的頻率改變。

是 否 如果是，請在此解釋：

10. 在報告月份中，是否有任何人員從任何其他來源中獲得款項？ 是 否（如果是，請填寫以下的部分，並且附上證明。報告月份列出在第一頁的頂端。舉例包括：社會安全保障金，失業保障，退役軍人福利，州政府殘障保險（SDI），幼兒/配偶撫養，勞工賠償，借貸/禮物，工作/非工作收入，住房，水電瓦斯費，食物，等等。

姓名	收入來源	一次性付款或者每月付款	多少
			\$
			\$
			\$

在未來六個月中，這項收入是否將會有任何變化？ 是 否

請在此解釋：

11. 自從上次報告以來，你家中是否有任何人員發生以下的任何情形？ 是 否（如果是，勾選以下的方格，並且附上證明）：

- 家庭的變化（結婚，離婚，分居，成為加州註冊的家庭伴侶（RDP），非加州註冊的家庭伴侶（DP），結束 DP 或者 RDP 的關係，懷孕，或者結束懷孕？）
- 工作/就業（開始，停止，辭去工作，開始商務營業或者罷工？）
- 殘障（成為殘障或者已經從殘障中或者重大疾病中康復？）
- 移民（公民或者移民身份的改變，或者從 USCIS（INS）處收到新的身份卡，表格，或者信件？）
- 保險（健康，牙科，或者人壽保險福利，包括 MEDICARE 的開始，停止，或者改變？）
- 監護人（你對你子女的照顧 / 監護是否在時間上有任何改變？）
- 居家支援服務（開始或者停止服務？）
- 就學

* 只有領取現金補助 - 年齡在 6 - 18 歲之間的學生停止或者開始正常的上學？

* 年齡在 16 歲或者以上的學生 - 開始或者停止上學 / 學院？（你可以要求書本，課程費用的申索，等等。

某人為我支付所有的住房，食物，衣物或者水電瓦斯費用。（請解釋）

其他

請仔細閱讀，簽署姓名並且填寫日期

透過簽署這份表格：

- 我瞭解並認證，在作偽證必須受懲罰的法律之下，以我最佳的認知，這份表格中我所回答的問題是正確和完整的。
- 我瞭解對於詐欺行為的懲罰如下：我可能被監禁長達 20 年並且罰款高達 \$250,000。我可能必須償還如果我不符合資格所領取的福利，第一次我蓄意違反規則，我將一年不能領取 CalFresh，第二年則兩年，第三次及以後，我將不能再領取 CalFresh 的福利。
- 我瞭解並同意給予所有需要文件的副本，以完成我的半年度報告。
- 我瞭解在某些情況下，我可能被要求同意縣政府作出任何必要的聯繫，以確定我的資格。

認證 - 詐欺警告

我瞭解：如果我蓄意隱瞞不報告所有的事實真相，或者對於我的收入，財產或者家庭狀況給予錯誤的事實以獲得或繼續保持領取補助或福利，可以遭受到法律起訴。我也可以被指控判定為重罪如果由於這項行為的結果，現金補助超過 \$950，和/或 CalFresh 錯誤的發放。我已經收到一份對於現金補助和 CalFresh 資格狀況的指示和懲罰的副本。

你必須在報告月份的最後一天之後在這份報告上簽署姓名和填寫日期，否則，這份報告將被視為不完整。

我宣稱，在美國和加州作偽證必須遭受懲罰的法律之下，這份表格中所有的內容是真實的，正確的和完整的。

誰必須在以下
簽署姓名 現金補助：你和你的接受補助的配偶，註冊的家庭伴侶，以及（接受補助的孩子們）的其他父母，如果他們居住在家裡。
CalFresh：戶主，負責的家庭成員，或者家庭成員的授權代表。

簽名或者作記號 →	簽名日期	家裡電話 () -	洽詢 / 手機電話 () -
配偶，註冊的家庭伴侶，或者接受現金補助孩子們的其他父母的簽名 →	簽名日期	作記號的見證人，口譯員，或者其他填寫此表格人員的簽名 →	簽名日期